

Laparoskopia w ginekologii – charakterystyka aktualnego stanu w Niemczech

Laparoscopy in gynaecology – characteristics of the current state in Germany

Janusz Bartnicki^{1,2}, Sławomir Gąsior³

¹Klinika Położnictwa i Ginekologii Centrum Zdrowia, Bitterfeld-Wolfen, Niemcy

²Katedra Położnictwa i Ginekologii WZP, Akademia Medyczna, Wrocław, Polska

³Wielospecjalistyczny Szpital SPZOZ, Nowa Sól, Polska

Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne 2008; 3 (3): 134–138

Streszczenie

W pracy dokonano oceny aktualnego stanu dotyczącego laparoskopii w ginekologii w kraju naszych zachodnich sąsiadów. Przeprowadzono analizę problemów organizacyjnych, personalnych i ekonomicznych pojawiających się podczas rozpowszechniania laparoskopii w Niemczech.

Słowa kluczowe: laparoskopia, operacje ginekologiczne.

Summary

We analysed the current state of laparoscopy in gynaecology in Germany. We also conducted an analysis of (personal, organisational and financial) problems impeding the spread of laparoscopy in Germany.

Key words: laparoscopy, gynaecological surgery.

Wprowadzenie

Profesor Kurt Semm z Kiel zapoczątkował w latach 80. ubiegłego wieku erę laparoskopowych operacji ginekologicznych w całej Europie oraz Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. Również chirurdzy zawdzięczają wiele profesorowi. Wykonał on w 1983 roku – jako ginekolog – pierwszą laparoskopową appendektomię.

Wprowadzenie w 1986 roku wideolaparoskopii zakończyło w Niemczech, praktycznie w ciągu następujących 2 lat, erę jednoosobowej operacji *przez dziurkę od klucza* i stało się przystawiającą rewolucją laparoskopową

powej ginekologii operacyjnej. W latach 90. XX wieku ginekologom niemieckim wydawało się, że każdą ginekologiczną operację wykonywaną sposobem klasycznym będzie można wykonać drogą laparoskopową. Po upływie ponad 20 lat emocje opadły i praktycznie samoistnie z grupy klasycznych operacji ginekologicznych wyodrębniła się duża podgrupa operacji, które obecnie w Niemczech wykonuje się prawie zawsze laparoskopowo.

W międzyczasie zakończyła się także, niestety, wiodąca rola niemieckich lekarzy w dziedzinie laparoskopii i burzliwy rozwój technik endoskopowych w Niemczech został tymczasowo wstrzymany. Obecnie poszczególne

Adres do korespondencji

prof. dr hab. n. med. Janusz Bartnicki, Chefarzt der Frauenklinik, Gesundheitszentrum, F-L-Jahn-Strasse 2, 06 749 Bitterfeld-Wolfen, Niemcy, tel. +49 172 151 98 50, e-mail: jbartnicki@gzbiwo.de

techniki operacyjne są szczegółowo dopracowywane i trwa proces ich rozpowszechniania. Obecnie w Niemczech nie ma oddziału ginekologicznego, w którym nie są wykonywane operacje laparoskopowe. Mimo to proces dalszego rozpowszechniania laparoskopii natrafia także w Niemczech na liczne przeszkody natury organizacyjnej i ekonomicznej.

Operacje ginekologiczne laparoskopowe i klasyczne

Praktyka lekarska i rozsądek zdecydowały, które operacje w Niemczech prawie zawsze wykonywane są laparoskopowo. Podgrupa *czystych* operacji laparoskopowych nie budzi aktualnie żadnych kontrowersji. Zestawiona poniżej lista operacji ginekologicznych przeprowadzanych obecnie zawsze drogą laparoskopową jest wprawdzie długa, ale są to najczęściej operacje małego i średniego stopnia trudności.

Do klasycznych operacji laparoskopowych należą ocena drożności jajowodów, operacja ubezpłodniająca (w Polsce niedozwolona), operacje w przypadku ciąży pozamacicznej, wycięcie torbieli jajnika, usunięcie jajnika i jajowodu, wycięcie mięśniaków macicy. Klasyczną operacją ginekologiczną usunięcia macicy najczęściej wykonuje się w Niemczech drogą przezpochwową. Przy małej ruchomości macicy oraz przy towarzyszących zmianach na przydatkach wykonuje się w miarę często histerektomię przezpochwową wspomaganą laparoskopowo (ang. *laparoscopic assisted vaginal hysterectomy* – LAVH). Operacja LAVH została w Niemczech znacznie uproszczona i ogranicza się jedynie do usunięcia przydatków lub też ich odcięcia od macicy. Nie wykonuje się już praktycznie podczas LAVH laparoskopowego odpreparowania otrzewnej pęcherzowej czy koagulacji i przecięcia tętnic macicznych. Te etapy operacji znacznie łatwiej i mniej ryzykownie można wykonać z dostępu pochwowego. Nie przyjęty się także, wbrew oczekiwaniom, totalna histerektomia laparoskopowa oraz laparoskopowa histerektomia nadpochwowa. Nie stosuje się również powszechnie operacji onkologicznych – czasochłonnych i trudnych do opanowania, takich jak laparoskopowa histerektomia z limfadenektomią w przypadku raka trzonu macicy.

Istnieje mała grupa nietypowych operacji ginekologicznych, których przebiegu nie da się przewidzieć. Rozpoczęta laparoskopowo operacja zaawansowanej endometriozy czy ropnia jajowodowo-jajnikowego ze względu na jej trudność często kończy się laparotomią.

Operator staje bowiem przed dylematem – ograniczyć zakres operacji, obniżając jej jakość, czy wykonać laparotomię? Uważa się, że w Niemczech średnio 7% operacji laparoskopowych kończy się laparotomią.

Zagadnienia personalne Zderzenie generacji

Wydaje się, że często przeprowadzane w Niemczech dyskusje (*za i przeciw*) na temat znaczenia laparoskopii w ginekologii operacyjnej są niczym innym jak konfliktem pokoleń. Młodsza wiekowo grupa laparoskopistów często bezkrytycznie atakuje sprawdzone klasyczne metody operacyjne, natomiast zaawansowani wiekiem lekarze krytykują laparoskopię, niekiedy nie mając własnego doświadczenia w tej dziedzinie.

Faktem jest, że operacje laparoskopowe zdecydowanie częściej wykonują młodszy lekarze. Grupa ginekologów niemieckich w wieku przedemerytalnym (60–65 lat) rzadko (poza nielicznymi wyjątkami) operuje laparoskopowo. Są to osoby, które w latach 90. ubiegłego wieku, będąc w wieku powyżej 50 lat, odstąpiły od nauki operacji laparoskopowych. Obecnie często są ordynatorami klinik lub ich zastępcami, a więc podejmują decyzje o sposobie wykonania operacji. Należy jednak podkreślić, że kierownicy klinik niemieckich, którzy sami nie operują laparoskopowo, nie widzą w operacjach laparoskopowych zagrożenia dla swojej pozycji i aury. Problem konfliktu generacji rozwiąże się niedługo samoistnie. Po odejściu starszych lekarzy na emeryturę nie będzie po prostu w Niemczech ginekologów niepotrafiących operować laparoskopowo – nie będzie więc niepotrzebnych dyskusji.

Należy, niestety, także dodać, że często dyskusje *za i przeciw* organizowane są sztucznie dla potrzeb kongresu, sympozjum czy czasopisma.

Problem starszych operatorów

Znany jest fakt, że wraz z wiekiem zmniejsza się zaufanie do wszystkiego co nowe i brakuje elastyczności w zmianie postępowania. Często starsi lekarze niemieccy, którzy opanowali dobrze klasyczne metody operacyjne, nie chcą już wnikać szczegółowo w detale technik laparoskopowych, tym bardziej że najczęściej są to operacje małego i średniego stopnia trudności. Ograniczają oni wtedy swój zakres operacyjny do *dużych* operacji onkologicznych, gdzie niepodzielnie dominuje postępowanie klasyczne. Część starszych operatorów stwierdziła natomiast, że na naukę

nigdy nie jest za późno i opanowała podstawowe operacje laparoskopowe. Doszło wprawdzie do sytuacji, że doświadczony, utytułowany operator musiał zniżyć się do poziomu początkującego ucznia i zacząć od nowa uczyć się operować, ale wbrew obawom proces ten nie trwał długo. W odróżnieniu od młodych lekarzy, starszy operator wiedział, co i jak ma operować. Inne były tylko narzędzia operacyjne. Ponadto stwierdzono, że doświadczeni w operacjach metodą klasyczną ginekolodzy łatwiej radzą sobie z trudnościami występującymi podczas operacji i potrafią skutecznie uniknąć powikłań śródoperacyjnych. Odwrotnie młodzi, niedoświadczeni ginekolodzy, którzy entuzjastycznie uczą się operowania metodą laparoskopową, w wypadku wystąpienia trudności śródoperacyjnych nie wiedzą, jak je pokonać, co w rezultacie powoduje większą liczbę powikłań.

Generacja młodych lekarzy

Burzliwy rozwój laparoskopii w Niemczech spowodował fenomen powstania grupy młodych lekarzy, którzy nie potrafią wykonać operacji ginekologicznej drogą laparotomii. Proces kształcenia ginekologów niemieckich zaczyna się najczęściej od cięcia cesarskiego. Następnie przystępuje się do nauki histeroskopii i operacji ginekologicznych małego i średniego stopnia trudności, które wykonuje się prawie wyłącznie laparoskopowo. Równolegle trwa etap nauki małych operacji pochwowych i histerektomii przezpochwowej. W efekcie dochodzi do sytuacji, że np. po 3 latach kształcenia ginekolog nie wykonał żadnej laparotomii (nie licząc cięcia cesarskiego).

Kształcenie personelu

Wykształcenie kadry medycznej to obowiązek każdego kierownika oddziału ginekologicznego w Niemczech. Dąży się, aby cały zespół był *wyoperowany laparoskopowo*. Oczywiście, nie każdy będzie w przyszłości wykonywać histerektomię laparoskopową, ale każdy powinien umieć przeprowadzić podstawowe operacje laparoskopowe. Drogi dochodzenia do umiejętności operowania laparoskopowego są różne – kongresy, sympozja, kursy, szkolenia indywidualne, hospitacje, atlasy operacyjne [1]. Niestety, lekarze niemieccy sami pokrywają koszty szkoleń, które nie są małe. Nie ma także koordynacji tych indywidualnych poczynań szkoleniowych czy możliwości dofinansowania. Zrealizowany przykładowo w Polsce (od maja 2006 roku do czerwca 2008 roku) projekt podnoszenia kwalifika-

cji kadry medycznej, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej i wzorcowo przeprowadzony przez firmę MEDIM, byłby obiektem marzeń dla lekarzy niemieckich.

Sprzęt do laparoskopii

Wszystkie ginekologiczne sale operacyjne w Niemczech wyposażone są w sprzęt do przeprowadzenia laparoskopii. Nie zawsze okazuje się on jednak najnowszy, żeby nie powiedzieć, że jest często przestarzały. Zakup najnowszej wieży laparoskopowej i nowych instrumentów tylko pozornie bywa dla każdego niemieckiego szpitala możliwy, chociaż cena sprzętu nie jest mocno wygórowana. Pozostaje więc często dalsza praca na starym sprzęcie lub też często praktykowany zakup najnowszej wieży laparoskopowej wspólnie z chirurgami. Chodzi bowiem o to, aby jak najbardziej ekonomicznie wykorzystać nabyty sprzęt i wyzbyć się snobistycznego poczucia posiadania czegoś na własność.

Ośrodki laparoskopowe

W Niemczech istnieje wiele ośrodków szkoleniowych specjalizujących się w operacjach laparoskopowych. Byłoby trudno i niedyplomatycznie nazwać któryś z nich wiodącym. Jedno jest pewne – główną rolę utracił już dawno uniwersytet w Kiel. W miarę upowszechnienia operacji laparoskopowych ośrodki laparoskopowe straciły swoje znaczenie. Obecnie znacznie większą rolę odgrywają ginekolodzy, którzy je prowadzą. Wraz ze zmianą miejsca pracy ginekologa zmienia się także adres ośrodka, np. zmiana Jeny na Kolonię i Berlin.

Kliniki prywatne

Ponieważ standardowe ginekologiczne operacje laparoskopowe wiążą się najczęściej z krótkim pobytem pacjentki, stały się domeną klinik prywatnych. Coraz więcej wybitnych operatorów odchodzi do prywatnych instytucji, głównie ze względów finansowych. Ociążeni od zbędnych obowiązków szpitalnych zajmują się wyłącznie operacjami laparoskopowymi, zyskując jeszcze większe doświadczenie operacyjne. Niestety, komercyjne podejście do medycyny w klinikach prywatnych wiąże się z forsowaniem metod operacyjnych nie zawsze odpowiednich do schorzenia. Klasycznym przykładem jest zawrotna liczba wykonywanych w klinikach prywatnych laparoskopowych histerektomii nadpochwowych. Przyczyna *boomu* na tę operację jest

jedna – można ją wykonać jednoosobowo. Kamere trzyma instrumentariuszka lub nisko opłacany student.

Jakość wykonanej operacji, dokumentacja

Jakości wykonanej operacji nie można oceniać wyłącznie na podstawie krótkiego pobytu w szpitalu czy braku blizny w powłokach brzusznych. Laparoskopowo wcale nie musi oznaczać dobrze. Dlatego w Niemczech zaleca się dokumentowanie przebiegu operacji laparoskopowej w postaci zdjęć lub filmu. Nie jest to wprawdzie jeszcze obowiązek, ale to tylko kwestia czasu. Na rynku sprzętu medycznego dostępnych jest wiele stosunkowo niedrogich urządzeń do cyfrowej archiwizacji obrazów i filmów. Najbardziej rozpowszechniony w Niemczech system dokumentacji to AIDA firmy Storz. Dokumentację cyfrową zaleca się w Niemczech szczególnie w przypadku wystąpienia powikłań operacyjnych.

Informacja przedoperacyjna pacjentki

W Niemczech niezwykle wielką wagę przywiązuje się do przedoperacyjnej rozmowy informującej pacjentkę. Istnieją wyczerpujące formularze operacyjne praktycznie do każdego typu operacji ginekologicznej. Szczególnie istotne jest właściwe poinformowanie pacjentki o możliwości wystąpienia powikłań. Przykładowo, u kobiet po przebytej laparotomii podczas rozmowy należy podkreślić możliwość uszkodzenia jelita, pęcherza moczowego oraz moczowodu i uzyskać jej pisemną zgodę na przeprowadzenie operacji mimo tego ryzyka. W takich przypadkach zaleca się, aby operator nie zlecał przeprowadzenia rozmowy wyjaśniającej młodemu asystentowi, lecz przeprowadził ją osobiście.

Problem lekarzy kierujących

Wstępna klasyfikacja do operacji i wybór metody operacyjnej odbywa się w Niemczech u lekarza kierującego do szpitala. Lekarze ci (właściciele praktyk) podają najczęściej na skierowaniu do szpitala propozycję operacji. Najczęściej pokrywa się ona z decyzją ordynatora. W przypadku rozbieżności wskazane jest poinformowanie lekarza kierującego o zmianie metody operacyjnej. Ponieważ lekarze kierujący są w różnym wieku i niektórzy z nich nie znają dokładnie wszystkich laparoskopowych metod operacyjnych, kontakt telefoniczny może być odpowiednio częsty. Zależność oddziału ginekologicznego od lekarzy kierujących jest stosunkowo duża i zawsze należy liczyć się

z utratą pacjentek w przypadku, gdy nie zostanie zachowana opisana powyżej linia koleżeńkiego postępowania.

Rola pacjentki w podjęciu decyzji operacyjnej

Zalety operacji laparoskopowych są powszechnie znane pacjentkom niemieckim. Uważa się, że średni czas jej pobytu w szpitalu jest dwa razy krótszy po laparoskopii niż po laparotomii oraz że pełen powrót do zwykłej aktywności życiowej następuje przeciętnie dwa razy szybciej. Szybszy powrót do zdrowia, skrócony czas nieobecności w domu i w pracy powodują, że pacjentki preferują operacje laparoskopowe. Pojęcia, takie jak mikrochirurgia, chirurgia mikroinwazyjna, zostały nagłośnione bardzo szeroko w Niemczech przez media, dlatego pojawiły się inne oczekiwania pacjentek. Nie wystarczy już dobrze przeprowadzona operacja. Pacjentka oczekuje operacji jak najmniej inwazyjnej. Obecnie należy liczyć się, że w przypadku operacji standardowej kobieta wymagać będzie od ginekologa przeprowadzenia operacji laparoskopowej lub w przypadku jej odmowy wybierze inny szpital.

Kwestie prawne

Niestety, w Niemczech często o postępowaniu operacyjnym decydują, w sposób pośredni, rzeczoznawcy sądowi. Są oni często ginekologami, którzy, niestety, nie zawsze sami operują laparoskopowo. Powołują się wtedy na odpowiednie piśmiennictwo medyczne. Jeżeli w czasopiśmie lekarskim pojawi się artykuł, w którym jeden z ekspertów od laparoskopii uzna pewne postępowanie operacyjne za błąd w sztuce, to możemy być pewni, że właśnie na ten artykuł powoła się rzeczoznawca, a następnie prokurator podczas rozprawy. Tak stało się z artykułem Kolmorgena opublikowanym w mało znaczącym piśmie Izby Lekarskiej Meklenburg – von Pommern [2].

Kolmorgen zaleca wszystkim pacjentkom po laparotomii zastosowanie *otwartej laparoskopii* lub minilaparoskopię z punktu Palmera (po wstępnej insuflacji CO₂ przez igłę Veresa). Wszystkie inne metody uznał za błąd w sztuce. Ponieważ napisał to uznany specjalista od laparoskopii, to nagle ten 1,5-stronicowy artykuł miesięcznika Izby Lekarskiej stał się drogowskazem postępowania operacyjnego w Niemczech. Oczywiście, można dalej ryzykować i wprowadzać trokar u pacjentek po laparotomii w sposób dowolny. Pod jednym jednak warunkiem – nie wolno nic uszkodzić. W przypadku

powikłań nikt nie będzie w stanie uratować *odważnego* operatora przed wymiarem sprawiedliwości.

Istnieje jeszcze jeden problem w prawodawstwie niemieckim, mianowicie powoływanie się na odbyte już wcześniej procesy i orzeczenia sądowe. Jeżeli jakkolwiek sąd w Niemczech wydał orzeczenie (bardziej lub mniej słuszne) w sprawie powikłań operacyjnych, to orzeczenie to będzie powielane przez następne lata, do czasu, kiedy inny sąd nie zajmie odmiennego stanowiska, a zdarza się to, niestety, bardzo rzadko, żeby nie powiedzieć wcale.

Przedstawiając problemy pojawiające się podczas rozpowszechniania laparoskopii w Niemczech, autorzy zdają sobie sprawę, że prawdopodobnie podobne problemy istnieją także w innych krajach. Zapewne natrafią na nie nie tylko ginekolodzy, ale również chirurdzy.

Piśmiennictwo

1. Bartnicki J. Atlas laparoskopowych operacji ginekologicznych, Wydawnictwo Teksa, Warszawa 2006.
2. Kolmorgen K. Darmverletzungen bei der gynäkologischen Laparoskopie. *Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern* 2004; 4: 119-120.